

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Blue Shield Rx Plus (PDP)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro. Esta llamada es gratuita.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 239-6469. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Blue Shield Rx Plus, es ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). (En esta *Evidencia de Cobertura*, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a California Physicians' Service [que opera bajo el nombre de Blue Shield of California]. Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Blue Shield Rx Plus).

Este documento está disponible sin costo en español.

Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en braille y en letra grande. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato. Si desea recibir los materiales de su plan por correo electrónico, inicie sesión en blueshieldca.com/login, haga clic en “Edit Profile” (Editar perfil) en su tablero myblueshield para ir a su página de perfil y, luego, seleccione *Yes, save paper, Send by Email* (Sí, deseo ahorrar papel; enviar por correo electrónico) en “Communications preferences” (Preferencias de comunicación) para indicar que prefiere esa forma de entrega. Si no tiene una cuenta, haga clic en *Create account* (Crear una cuenta) y seleccione “Email” (Correo electrónico) como forma de entrega durante el proceso de registro.

Es posible que, a partir del 1 de enero de 2025, haya cambios en los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros.

El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le enviará un aviso cuando sea necesario. Les comunicaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de anticipación.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye pocas farmacias preferidas de menor costo en California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m.

a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, o bien consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2024**.

Este documento le explica sus beneficios y derechos. Úselo para obtener información sobre lo siguiente:

- la prima y los costos compartidos de su plan;
- sus beneficios de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exigen las leyes relacionadas con Medicare.

S2468_23_541A_003_C_SP SNR 09222023

Evidencia de Cobertura para el año 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Los primeros pasos como miembro</i>	4
SECCIÓN 1 Introducción	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados con su membresía.....	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield Rx Plus.....	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	11
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía en el plan	13
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	14
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	16
SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield Rx Plus (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Servicio al Cliente).....	17
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	20
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo)	22
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	23
SECCIÓN 5 Seguro Social	24
SECCIÓN 6 Medicaid	25
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	26
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	28
SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?.....	28
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	30
SECCIÓN 1 Introducción	31
SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan.....	32
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	35
SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos	38
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?.....	40
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?	43
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	45

Índice

SECCIÓN 8	Hacer surtir una receta	47
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	47
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	50
CAPÍTULO 4:	<i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	53
SECCIÓN 1	Introducción	54
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que está cuando obtiene el medicamento	57
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está	57
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5	59
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya	59
SECCIÓN 6	Costos durante la Etapa de Brecha de Cobertura	65
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos	66
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga	66
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos</i>	69
SECCIÓN 1	Casos en los cuales usted debería pedirnos que paguemos nuestra porción del costo de sus medicamentos cubiertos	70
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos un reembolso	71
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa	72
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	73
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	74
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	80
CAPÍTULO 7:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	82
SECCIÓN 1	Introducción	83
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	83
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?	84
SECCIÓN 4	Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	85
SECCIÓN 5	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación	87

Índice

SECCIÓN 6	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes.....	98
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	100
CAPÍTULO 8:	<i>Cómo terminar su membresía en el plan</i>	105
SECCIÓN 1	Introducción a la terminación de su membresía en el plan.....	106
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	106
SECCIÓN 3	¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?	109
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan.....	110
SECCIÓN 5	Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones	110
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	112
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	113
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	113
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare.....	113
SECCIÓN 4	Administración de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	114
SECCIÓN 5	Colaboración del miembro.....	114
SECCIÓN 6	Cesión	114
SECCIÓN 7	Responsabilidad del empleador	114
SECCIÓN 8	Responsabilidad de los organismos gubernamentales	114
SECCIÓN 9	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....	114
SECCIÓN 10	Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador.....	115
SECCIÓN 11	Restitución de un pago en exceso	115
SECCIÓN 12	Lesiones causadas por terceros	115
SECCIÓN 13	Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud	116
SECCIÓN 14	Denuncia de fraude, desperdicio y abuso	117
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	119

CAPÍTULO 1:

Los primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield Rx Plus, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare

Usted cuenta con la cobertura de atención de la salud de Medicare Original u otro plan de salud, y ha elegido obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield Rx Plus.

Blue Shield Rx Plus es un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de Cobertura*?

El documento *Evidencia de Cobertura* le explica cómo obtener medicamentos recetados. Le brinda información sobre sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que debe pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o con un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *medicamentos cubiertos* hacen referencia a la cobertura de medicamentos recetados que usted tiene a su disposición como miembro de Blue Shield Rx Plus.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué cobertura tiene a su disposición. Lo invitamos a dedicar el tiempo necesario a leer este documento denominado *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene alguna duda, inquietud o simplemente una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted respecto de la manera en que Blue Shield Rx Plus cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato será válido durante los meses en los que usted esté inscrito en Blue Shield Rx Plus entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Shield Rx Plus después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Medicare (el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) debe aprobar Blue Shield Rx Plus todos los años. Usted puede seguir recibiendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan en la medida en que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos que debe reunir para obtener acceso al plan

Usted podrá obtener acceso a nuestro plan como miembro siempre que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- Usted cuenta con la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está en el país de manera legal.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio. (En la Sección 2.2 a continuación, se describe nuestra área de servicio). En el caso de las personas encarceladas, por más que estén ubicadas físicamente en el área geográfica de servicio, no se considerará como que viven en ella.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Blue Shield Rx Plus

Blue Shield Rx Plus está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. Se describe el área de servicio a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente estado: California

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Una vez que se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la oficina del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (el organismo Centros para los Servicios de

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS] le avisará a Blue Shield Rx Plus si usted no reúne los requisitos necesarios para seguir siendo miembro en función de esta condición. Blue Shield Rx Plus deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados con su membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de su plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe presentarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un ejemplo de la apariencia de su tarjeta de membresía:



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cada vez que obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Es posible que deba usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención y servicios médicos cubiertos por Medicare Original.

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* incluye detalles sobre las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre las situaciones en las que puede usar farmacias que no forman parte de la red del plan.

En el *Directorio de Farmacias*, también podrá consultar qué farmacias de la red tienen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede pedir una copia a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2024.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Blue Shield Rx Plus. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Blue Shield Rx Plus.

La “Lista de Medicamentos” también le informa si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (blueshieldca.com/medformulary2024) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield Rx Plus

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, su prima del plan puede ser menor

El programa de “Ayuda Complementaria” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información acerca de este programa. Si usted cumple con los requisitos, es posible que la inscripción en el programa reduzca su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, es posible **que la información sobre primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un encarte separado que se denomina *Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula Adicional de LIS”.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían según los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte en su copia del folleto *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024) la sección llamada “2024 Medicare Costs” (Costos de Medicare para el año 2024). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Asimismo, puede pedir una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para el año 2024, la prima mensual de Blue Shield Rx Plus es de \$168.90.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También podría incluir una prima correspondiente a la Parte A, que afecta a los miembros que no reúnen los requisitos para obtener acceso gratis a la Parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los requisitos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. La primera vez que se inscribe en Blue Shield Rx Plus, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si estuvo menos de 63 días seguidos sin una cobertura acreditable.
- Si tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados a través de otra fuente, como un empleador o una unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o puede incluirse en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** En el aviso, debe constar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes alternativas *no* se consideran coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, clínicas sin costo y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de reunir los requisitos necesarios para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. A modo de ejemplo, si usted permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. En el año 2024, esta cantidad de la prima promedio será de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, después, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$34.70, lo que equivale a \$4.85. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que deben tenerse en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio también puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D dependerá exclusivamente de los meses durante los cuales no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a Medicare.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, usted debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que aparece en la primera carta que recibió, en la que se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre dicha multa. Si lo hace, puede cancelarse su inscripción por no pagar sus primas del plan.

Sección 4.4	Cantidad de ajuste mensual según el ingreso
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar una tarifa adicional, conocida como “cantidad de ajuste mensual según el ingreso de la Parte D” (o IRMAA, por sus siglas en inglés). Para calcular la tarifa adicional, se usa el ingreso bruto ajustado y modificado que indicó en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si este ingreso sobrepasa cierta cantidad, usted deberá pagar la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Si desea obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según su ingreso, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que constará la cantidad adicional que debe pagar. La cantidad adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management), sin importar cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar esa cantidad adicional al Gobierno. No es posible pagarla conjuntamente con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual
------------------	---

Sección 5.1	Usted cuenta con varias opciones para pagar su prima del plan
--------------------	--

Usted cuenta con tres opciones para pagar su prima del plan.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Supondremos que usted utiliza la Opción 1 y le enviaremos una factura mensual, a menos que haya seleccionado otra opción en su formulario de inscripción en el plan cuando se inscribió por primera vez o que se haya comunicado con nosotros para realizar un cambio en una de las otras opciones que se detallan a continuación.

Opción 1: Pago con cheque

Su prima del plan tiene vencimiento mensual y debe pagarse con un cheque, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Envíe por correo postal todos los pagos realizados con cheque utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en su factura mensual. Si pierde su sobre con franqueo pagado, la dirección a la que debe enviar los pagos es la siguiente:

Blue Shield of California – Blue Shield Rx Plus
P.O Box 745843
Los Angeles, CA 90074-5843

Libre todos los cheques a nombre de “Blue Shield of California”.

Opción 2: Pagos electrónicos

En vez de pagar la prima de su plan con cheque, podrá completar el pago por Internet o por teléfono a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria en el caso de pagos únicos, o bien podrá inscribirse en AutoPay (un servicio de pago automático). La inscripción en AutoPay es simple. Con este servicio, se completará el pago automático a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria todos los meses. Para obtener más información sobre sus opciones de pago y sobre cómo inscribirse en AutoPay, visítenos en blueshieldca.com/medicarewaystopay o llame al número de Servicio al Cliente que está en el dorso de su tarjeta de identificación.

Opción 3: Hacer que la prima se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de la prima de su plan. Si decide cambiar la opción a través de la cual paga la prima de su plan, es posible que su nuevo método de pago demore hasta 3 meses en aplicarse. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague en término. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente al número que está en el dorso de este documento.

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan

La prima del plan debe pagarse en nuestras oficinas, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago de su prima del plan, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan si no recibimos el pago de la prima en el transcurso del período de gracia de 3 meses.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Si tiene dificultades para pagar su prima en término, comuníquese con Servicio al Cliente para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar su prima del plan.

Si damos por terminada su membresía debido a que usted no pagó sus primas, usted aún recibirá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si usted sigue sin una cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

Al momento de dar por terminada su membresía, es posible que sus primas estén aún pendientes de pago. Tenemos derecho a exigir el pago de la cantidad que usted deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad adeudada para poder inscribirse.

Si usted considera que dimos por terminada su membresía de manera errónea, puede presentar una queja (también conocida como reclamo); consulte el Capítulo 7 para ver cómo presentar una queja. Si el motivo que le impidió pagar su prima del plan durante nuestro período de gracia fue una situación de emergencia que estaba fuera de su control, puede presentar una queja. Si recibimos quejas, revisaremos nuevamente nuestra decisión. La Sección 7 del Capítulo 7 de este documento le explica cómo presentar una queja; de lo contrario, puede llamarnos al (888) 239-6469 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Usted debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No podemos cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan se cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio será válido desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto pasa si reúne los requisitos necesarios para recibir el programa de “Ayuda Complementaria” o si deja de reunir los requisitos para recibir dicho programa durante el año: Si un miembro cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” con los costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Complementaria” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Si un miembro deja de reunir los requisitos necesarios durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de su prima mensual. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda Complementaria”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía en el plan

Su registro de membresía contiene información extraída de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Las farmacias de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para informarse sobre qué medicamentos tiene cubiertos y sobre las cantidades de costo compartido que le corresponden a usted. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga (como la brindada por su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, una indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como las relativas a un accidente automovilístico.
- Si lo han admitido en un hogar de ancianos.
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, una persona que brinda cuidados).

Si alguno de estos datos cambia, comuníquese con Servicio al Cliente para informarnos el cambio. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la oficina del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios cubiertos por nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluirá todas las demás coberturas de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no debe hacer nada al respecto. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no se mencione en la carta, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que usted haya confirmado la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y en término.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), hay normas establecidas por Medicare que definen si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

seguro que paga en segundo lugar se denomina “pagador secundario” y únicamente paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos que no fueron cubiertos. Si usted tiene otro seguro, notifíquesele al médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o de una unión:

- Si usted posee cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, quien paga primero depende de su edad, de la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare de acuerdo con la edad, una discapacidad o insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge/pareja doméstica aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted haya reunido los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios que se relacionan con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro
- Indemnización por accidentes laborales

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales de un empleador y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield Rx Plus (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Si tiene alguna pregunta relacionada con reclamaciones, facturación o tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus. Será un placer ayudarlo.

Modo de contacto	Información de contacto de Servicio al Cliente
TEL.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también cuenta con servicios de interpretación sin costo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	<u>blueshieldca.com/medicare</u>

Cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura o apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o

apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Modo de contacto	Información de contacto para pedir decisiones de cobertura y apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(888) 697-8122
CORREO	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 2080, Oakland, CA 94612-0850
SITIO WEB	blueshieldca.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja

Usted puede presentar una queja en contra de nuestro plan o en contra de alguna de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Modo de contacto	Información de contacto para presentar quejas
TEL.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(916) 350-6510
CORREO	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 2080, Oakland, CA 94612-0850
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de un medicamento que ha recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes de pago de nuestra porción de los costos de un medicamento que usted ha recibido. Si recibió una factura o pagó por medicamentos (por ejemplo, la factura de una farmacia) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirle al plan que le haga un reembolso o que pague la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5, *Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos*.

Para tener en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, para obtener más información.

Modo de contacto	Información de contacto para presentar solicitudes de pago
TEL.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(916) 350-6510
CORREO	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	<u>blueshieldca.com/medicare</u>

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal permanente, que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

El organismo federal a cargo de Medicare se denomina Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés. Esta agencia firma un contrato con los planes de medicamentos recetados de Medicare, incluido nuestro plan.

Modo de contacto	Información de contacto de Medicare
TEL.	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas, cualquier día de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde una computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare cuenta también con información detallada sobre los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="511 1098 1421 1203">• Herramienta sobre requisitos de Medicare: Brinda información que permite determinar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.<li data-bbox="511 1224 1421 1478">• Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Brinda información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) que están disponibles en su área. Estas herramientas brindan un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Modo de contacto Información de contacto de Medicare

**SITIO WEB
(continuación)**

También puede usar el sitio web para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Blue Shield Rx Plus:

- **Infórmele su queja a Medicare:** Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no tiene una computadora, es posible que la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad lo ayuden a visitar este sitio web utilizando una de sus computadoras. También puede llamar a Medicare y explicar qué información busca. El personal se encargará de buscar la información en el sitio web y la analizará con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)
(ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores entrenados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está unido a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento sin costo sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarlo a entender los derechos que Medicare le ofrece, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento y ayudarlo a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y pueden responder preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA OBTENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en “SHIP LOCATOR” [BUSCADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página que incluye números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Modo de contacto	Información de contacto del HICAP (SHIP de California)
TEL.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En el caso de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta está compuesta por un grupo de médicos y demás profesionales de atención de la salud, patrocinados por el Gobierno federal. Esta organización está patrocinada por Medicare para controlar y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está unida a nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta si tiene alguna queja con respecto a la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con Livanta si le dieron un medicamento incorrecto o si le dieron medicamentos que interactúan entre sí negativamente.

Modo de contacto	Información de contacto de Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)
TEL.	(877) 588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados, domingos y días feriados federales, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	(855) 887-6668 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si una persona reúne los requisitos necesarios y de gestionar la inscripción en Medicare. Pueden obtener acceso a Medicare los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, que tengan una discapacidad o que sufran de insuficiencia renal terminal y que cumplan con ciertas condiciones. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para pedir Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar esta cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad, o si sus ingresos se han reducido como consecuencia de un acontecimiento que ha cambiado su situación de vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social y lo informe.

Modo de contacto	Información de contacto del Seguro Social
TEL.	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de telefonía automática del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicaid. Los programas ofrecidos por medio de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Entre estos **Programas de Ahorro de Medicare** se incluyen los siguientes:

- **Beneficiario de Medicare que cumple con los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que son QMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo que cumple con los requisitos (Qualified Individual, QI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados que actualmente trabajan y cumplen con los requisitos (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la oficina de Medi-Cal de su localidad o llame al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (California Department of Healthcare Services).

Modo de contacto	Información de contacto del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California
TEL.	(800) 541-5555 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	(800) 735-2922 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) le brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. En el caso de las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda disponibles que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos exigidos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o el coseguro de los medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Complementaria” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si usted cumple automáticamente con los requisitos exigidos para recibir la “Ayuda Complementaria”, Medicare le enviará una carta por correo postal, por lo que no deberá pedirla. Si no cumple automáticamente con los requisitos exigidos, es posible que pueda obtener “Ayuda Complementaria” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si cumple con los requisitos para obtener “Ayuda Complementaria”, llame a alguno de los siguientes contactos:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, cualquier día de la semana.
- La oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si usted considera que cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” y que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite pedir asistencia para obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, o bien, si ya tiene las pruebas, brindarnos dichas pruebas.

- Para pedir asistencia a fin de obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, puede llamar a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). De esta manera, podremos enviarle por correo postal o por fax una lista de documentos aceptables como pruebas o leerle la lista por teléfono. Una vez que obtenga las pruebas, o si ya las tiene, puede enviárnoslas por fax al (877) 251-6671 o por correo postal a Blue Shield Rx Plus, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos la información en nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si usted paga de más por su copago, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o deduciremos el saldo a su favor de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado su copago como una cantidad que usted adeuda, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

¿Qué debe hacer si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el ADAP?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que padecen VIH/SIDA y reúnen los requisitos necesarios para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén incluidos en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos exigidos para que usted pueda recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados. Esto es posible a través del ADAP en California, con el que puede comunicarse llamando al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o bien visitando el sitio web del programa en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. **Nota:** Para poder tener acceso al ADAP correspondiente a su estado, debe cumplir con determinados criterios: debe acreditar, mediante pruebas, que vive en ese estado y que padece VIH, debe

demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y debe carecer de seguro o tener un seguro insuficiente.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe a dicho organismo en caso de que se mude o cambie su dirección postal. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Modo de contacto	Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario
TEL.	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario, presione “0”. El horario de atención es de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, podrá obtener acceso a la Línea de ayuda automatizada de la Junta de Retiro Ferroviario y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge/pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge/pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/de la unión o a Servicio al Cliente para obtener respuesta a sus preguntas. Puede hacer preguntas sobre los beneficios, las primas o el período de inscripción del plan de salud de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge/pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contracubierta de este documento). También puede llamar

al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para hacer preguntas acerca de su cobertura de Medicare con este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge/pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios pertinente**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar la cobertura del plan para
los medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se explican las normas para usar la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan, Medicare Original (la Parte A y la Parte B de Medicare) también cubre algunos medicamentos:

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que se le suministran durante las estancias cubiertas por Medicare en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también le brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se suministran durante una visita al consultorio y medicamentos que se suministran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información acerca de esta cobertura, consulte el folleto *Medicare & You 2024* [Medicare y usted 2024]). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que extienda recetas) que le haga una receta válida según las leyes estatales pertinentes.
- El profesional que extiende recetas no debe aparecer en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado según una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si la receta se surte en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se hayan surtido en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para brindarle los medicamentos recetados cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (blueshieldca.com/medpharmacy2024) o llamar a Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. En el *Directorio de Farmacias*, encontrará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo podrían variar sus costos de bolsillo para los distintos medicamentos.

¿Qué pasa si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. O bien, si la farmacia que utiliza permanece en la red, pero deja de ofrecer costo compartido preferido, es posible que desee cambiar de red o farmacia preferida, siempre que haya otras disponibles. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda a Servicio al Cliente o puede utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2024.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que viven en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, los centros de LTC (p. ej., un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para obtener acceso a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Tribus/Indios Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en una emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que venden medicamentos cuyo expendio está restringido por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares, o que exigen una administración especial, coordinación de proveedores o educación acerca de su uso. (**Nota:** Esta situación debería presentarse en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar la farmacia de servicio por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar la farmacia de servicio por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran mediante el servicio por correo son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante la farmacia de servicio por correo del plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra “Lista de Medicamentos”.

El servicio por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo hacer surtir sus recetas por correo, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que está en la contracubierta de este folleto. Si utiliza una farmacia de servicio por correo fuera de la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, el pedido que realizó a una farmacia de servicio por correo se le enviará en no más de 14 días. No obstante, a veces, el medicamento recetado que haya pedido a través del servicio por correo puede retrasarse. Si recibe un aviso de que puede haber un retraso en el envío de su medicamento recetado por parte de la farmacia de servicio por correo, por motivos que están fuera de su control, llame a Servicio al Cliente al número que está en la contracubierta de este folleto. Un representante de Blue Shield lo ayudará a obtener un suministro de medicamentos suficiente de una farmacia al por menor de la red, de su localidad, para que usted no esté sin medicamentos hasta que llegue su medicamento de servicio por correo. Para ello, puede necesitar comunicarse con su médico para pedirle que llame por teléfono a la farmacia al por menor de la red o envíe por fax una receta nueva en la que se detalle la cantidad de medicamento que usted necesitará hasta que reciba su medicamento de servicio por correo.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si el retraso supera los 14 días desde la fecha en que el medicamento fue pedido a la farmacia de servicio por correo y el retraso se debe a que el medicamento se extravió en el sistema de correo, Servicio al Cliente puede coordinar con la farmacia de servicio por correo un pedido de reemplazo.

Nuevas recetas que la farmacia reciba directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta por parte de un proveedor de atención de la salud, se comunicará con usted para saber si desea hacer surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para indicarle al personal que envíe, retrase o interrumpa la nueva receta.

Repeticiones de recetas mediante el servicio por correo. Si necesita repeticiones de recetas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se termine su receta actual a fin de asegurarse de recibir su próximo pedido a tiempo.

Si recibe automáticamente por correo la repetición de una receta que no desea, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?
--------------------	---

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*) de medicamentos de *mantenimiento* incluidos en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado).

1. Algunas farmacias al por menor (que ofrecen costo compartido preferido) de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo con la cantidad de costo compartido del servicio por correo. En cambio, es posible que otras farmacias al por menor no acepten las cantidades de costo compartido del servicio por correo. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. El *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de farmacias de servicio por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no forma parte de la red del plan?
--------------------	---

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

En términos generales, cubrimos los medicamentos cuyas recetas fueron surtidas en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo,

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede hacer surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique antes con Servicio al Cliente** si hay una farmacia de la red cerca de su ubicación. Es muy posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- Si le es imposible conseguir un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio, debido a que no hay ninguna farmacia de la red que brinde servicios durante las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si necesita hacer surtir una receta por un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia al por menor de la red o de servicio por correo que reúna los requisitos necesarios (por ejemplo, medicamentos de poco interés comercial, medicamentos exclusivos y de costo elevado u otros productos farmacéuticos especializados).
- Es posible que cubramos, mediante nuestro acceso fuera de la red, algunas vacunas que pueden administrarse en el consultorio de su médico, pero que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse razonablemente en una farmacia de la red.
- Las recetas que se surten en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro para 30 días de medicamentos cubiertos.

¿Cómo puede pedirle un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al hacer surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 5, se explica cómo pedirle al plan el reembolso del costo).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **nos referimos al formulario de manera breve como la “Lista de Medicamentos”**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare y cuenta con su aprobación.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Los medicamentos incluidos en la “Lista de Medicamentos” son únicamente aquellos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted respete el resto de las normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes dos condiciones:

- Ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o el problema de salud para los cuales se lo receta.
- o está avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System).

La “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial registrado que le pertenece al fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista, cuando hablamos de *medicamentos*, podríamos estar refiriéndonos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos que reemplazan a una gran cantidad de medicamentos de marca. Hay algunas alternativas biológicas para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está incluido en la “Lista de Medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de Medicamentos”. En algunas situaciones, es posible que pueda obtener un medicamento que no está incluido en la lista. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la “Lista de Medicamentos”

Cada medicamento de la “Lista de Medicamentos” del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo de costo compartido)
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
Incluye medicamentos genéricos y biosimilares.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. En la “Lista de Medicamentos”, podrá identificar a las insulinas cubiertas con el símbolo **INS**.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. En la “Lista de Medicamentos”, podrá identificar a las insulinas cubiertas con el símbolo **INS**.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
Incluye medicamentos de marca, biosimilares y medicamentos genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la “Lista de Medicamentos” del plan.

En el Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*, se indica la cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene cuatro maneras de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de Medicamentos” más actualizada que le brindamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (blueshieldca.com/medformulary2024). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan, o bien para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (visite blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/prescription_resources/rx-price-checker o llame a Servicio al Cliente). Con esta herramienta, puede hacer búsquedas en la “Lista de Medicamentos” para obtener un estimado de lo que pagará por los medicamentos y conocer si hay alternativas con las que podría tratar el mismo problema de salud.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué hay restricciones para algunos medicamentos?

Hay normas especiales que restringen la manera y la circunstancia en que ciertos medicamentos recetados están cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la “Lista de Medicamentos”.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de Medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la dosis o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, el medicamento puede tener una concentración de 10 mg o 100 mg, puede indicarse para una dosis diaria o para dos dosis diarias, o puede presentarse en comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones incluidas a continuación le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deberían hacer para que el medicamento tenga cobertura. Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no con quitar dicha restricción para su caso. (Consulte el Capítulo 7).

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o una versión biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento **genérico** o una versión biosimilar intercambiable tiene la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original, y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica o una versión biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica o la versión biosimilar intercambiable en vez del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos comunica la razón médica por la cual el medicamento genérico o la versión biosimilar intercambiable no le surtirá efecto, cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Es posible que su porción del costo sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o la versión biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir tales medicamentos. Esto se denomina **autorización previa** y se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y brindar orientación sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Requisito de probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que generalmente tienen la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar el mismo problema de salud, es posible que el plan le pida que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites en las cantidades

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de un medicamento cada vez que hace surtir su receta. Por ejemplo, si por lo general se considera que es seguro tomar solamente una píldora por día de cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?****Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría**

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted está tomando, o que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no está en nuestro formulario, o bien está incluido en nuestro formulario con ciertas restricciones. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- Es posible que el medicamento directamente no esté cubierto; o quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido en el cual el costo compartido que le corresponde a usted es superior a lo que considera que debería ser.
- Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría. Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si su medicamento está sujeto a restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido en el cual el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si el medicamento está sujeto a alguna restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o está sujeto a restricciones, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedir una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan le debe ofrecer un suministro temporal de un medicamento que usted está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Para recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar incluido en la “Lista de Medicamentos” del plan, O BIEN ahora está sujeto a algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si formaba parte del plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos hacer surtir su receta varias veces hasta alcanzar 30 días de medicación como máximo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que hayan pertenecido al plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal descrito anteriormente.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

Mientras esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay algún medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que surta igual efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto.

2) Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedirnos una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aun cuando no esté en la “Lista de Medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y toma un medicamento que se quitará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el próximo año, le informaremos cualquier cambio que haya antes de que empiece el nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año, y nosotros le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud de

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

excepción (o del certificado de respaldo del profesional que extiende recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que se aplique el cambio.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado elevado?
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, estas son las medidas que puede tomar:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente que esté en un nivel de costo compartido más bajo y que le podría surtir igual efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para dichos medicamentos, de manera que usted pague menos por ellos. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedirnos una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) no reúnen las condiciones exigidas para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido de los medicamentos en este nivel.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de Medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede realizar cambios en la “Lista de Medicamentos” durante el año. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si se cambia la cobertura de un medicamento que toma actualmente?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se hacen cambios en la “Lista de Medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” que está en Internet con regularidad. A continuación, se indican las ocasiones en que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de su medicamento que pueden afectarlo durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca de la “Lista de Medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones, o menos. Al agregar el nuevo medicamento genérico, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de Medicamentos”,

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca en ese momento. Si está tomando el medicamento de marca cuando hacemos el cambio, le brindaremos información sobre el cambio específico. También se incluirá información sobre los pasos que puede seguir para pedir una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 7.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, se determina que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto pasa, es posible que quitemos el medicamento de la “Lista de Medicamentos” de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos inmediatamente.
 - El profesional que extiende recetas también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar junto con usted a fin de encontrar otro medicamento para tratar su problema de salud.
- **Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”**
 - Una vez que empieza el año, podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca de la “Lista de Medicamentos”, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de la presencia de recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En el caso de estos cambios, debemos darle aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y una repetición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Una vez que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar junto con el profesional que extiende recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos, o bien cumplir con las nuevas restricciones aplicadas sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 7.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de Medicamentos” que no se describieron anteriormente. En estos casos, no se verá afectado por el cambio si está tomando el medicamento en el momento en que se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si aplicamos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (excepto cuando se lo retira del mercado, un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca o a causa de otro cambio incluido en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su porción del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no perciba ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en el uso que usted hace del medicamento.

No recibirá ningún aviso directo sobre estos tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de Medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si se aplicará algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, el pago será responsabilidad suya. Cuando, tras una apelación, se determine que el medicamento pedido no está excluido por la Parte D, será nuestra responsabilidad pagarlo o cubrirlo. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

A continuación, incluimos tres normas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o por la Parte B de Medicare.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso ajeno al indicado en la etiqueta. *Uso ajeno al indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no coincida con los usos que se indican en la etiqueta de un medicamento y están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- Se permite la cobertura de un *uso ajeno al indicado en la etiqueta* únicamente cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados “medicamentos de venta libre”)
- Medicamentos utilizados para estimular la fecundidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos y el resfrío
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto los preparados vitamínicos y con flúor prenatales
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante pretende exigir, como condición de venta, que las pruebas o servicios de control relacionados con dichos medicamentos se le compren exclusivamente al fabricante

Si recibe “Ayuda Complementaria” para pagar sus medicamentos, el programa de “Ayuda Complementaria” no pagará los medicamentos que no están normalmente cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar la cobertura de medicamentos que puede tener disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Hacer surtir una receta

Sección 8.1 Brinde información sobre su membresía

Para hacer surtir su receta, bríndele la información sobre su membresía en el plan, que puede encontrarse en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red de su elección. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* porción del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* porción del costo al recoger su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene la información sobre su membresía?

Si no tiene la información sobre su membresía en el plan al hacer surtir su receta, usted o la farmacia pueden comunicarse con el plan para pedir la información necesaria, o bien puede pedirle a la farmacia que consulte la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja.** (Después puede **pedirnos que le reembolsemos** la porción que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo pedirle un reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada?

Si a usted lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Medicare Original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de la Parte A y la Parte B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

En general, los centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como los hogares de ancianos, tienen sus propias farmacias o usan una farmacia que les suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de LTC, puede obtener sus

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos recetados mediante la farmacia del centro, o la farmacia que este usa, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC, o la farmacia que este usa, forma parte de nuestra red. Si no pertenece a la red, o si necesita más ayuda o información, comuníquese con Servicio al Cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra “Lista de Medicamentos” o que está sujeto a alguna restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre los suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué pasa si toma medicamentos cubiertos por Medicare Original?
--------------------	--

Su inscripción en Blue Shield Rx Plus no afecta su cobertura de medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos de cobertura de Medicare, la Parte A o la Parte B de Medicare seguirán cubriendo su medicamento, incluso si usted está inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, aun si usted decide no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Blue Shield Rx Plus en otras. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. Por lo general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturar a la Parte B de Medicare o a Blue Shield Rx Plus por el medicamento.

Sección 9.4	¿Qué pasa si usted tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?
--------------------	---

Si actualmente cuenta con una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos recetados, debe comunicarse con su emisor de Medigap e informarle que está inscrito en nuestro plan. Si usted decide conservar su póliza de Medigap actual, su emisor de Medigap excluirá de su póliza de Medigap la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados y disminuirá su prima.

Su compañía de seguros de Medigap debe enviarle todos los años un aviso para informarle si su cobertura de medicamentos recetados es acreditable, así como las opciones que tiene con respecto a la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es acreditable, significa que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos recetados estándar de Medicare). El aviso también debe explicar cuánto disminuiría su prima si se excluye de su póliza de Medigap la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, comuníquese con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5 ¿Qué pasa si usted también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge/pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios pertinente**. El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura grupal como empleado o a través de su grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de su cobertura grupal. Eso significa que le corresponde pagar primero a la cobertura grupal.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Todos los años, su empleador o grupo para jubilados deben enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, esto significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye una cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, puede pedirle una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo para jubilados, o a su empleador o unión.

Sección 9.6 ¿Qué pasa si está en un programa de atención paliativa certificado por Medicare?

El programa de atención paliativa y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de atención paliativa de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, un medicamento antiemético, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por ese programa debido a que no están relacionados con su enfermedad terminal o los problemas de salud asociados, nuestro plan debe recibir un aviso por parte del profesional que extiende recetas o de su proveedor de atención paliativa que indique que los medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal a fin de que nuestro

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

plan pueda cubrir dichos medicamentos. Para evitar demoras en la recepción de los medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su proveedor de atención paliativa o al profesional que extiende recetas que envíe el aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de recibir atención paliativa o que le den el alta del centro de atención paliativa, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de atención paliativa de Medicare, presente en la farmacia la documentación que demuestre su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura
---------------------	---

Para nuestros miembros, realizamos revisiones del uso de los medicamentos a fin de asegurarnos de que estén recibiendo una atención adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que usted hace surtir una receta. También realizamos una revisión periódica de nuestros registros. Durante estas revisiones, nos concentramos en la búsqueda de problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios, debido a que toma otro medicamento que sirve para tratar el mismo problema de salud
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma de manera simultánea
- Recetas para medicamentos que contienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura**

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen sus medicamentos recetados con opioides, y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa, de manera segura. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos con opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de sus medicamentos recetados con opioides o benzodiazepinas podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides o benzodiazepinas de (una) determinada(s) farmacia(s);
- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides o benzodiazepinas de (un) determinado(s) médico(s);
- limitar la cantidad de medicamentos con opioides o benzodiazepinas que le cubriremos.

Si decidimos limitar la manera en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener de estos, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se le explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o bien si deberá obtener las recetas para estos medicamentos únicamente a través de un médico o una farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o nuestra decisión, usted y el profesional que extiende recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene ciertos problemas de salud, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe atención paliativa o para enfermos terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) que ayuda a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con problemas de salud complejos. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

(Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos nos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Es posible que algunos miembros que toman medicamentos por distintos problemas de salud y tienen costos elevados de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a miembros a usar opioides de manera segura, puedan obtener servicios a través del programa MTM. Si cumple con los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud realizarán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista recomendada que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos, que incluirá todos los medicamentos que toma actualmente, las dosis que toma, cuándo los toma y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo deben desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea que hable con su médico sobre su lista recomendada y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela siempre con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a una sala de emergencias.

Si alguno de nuestros programas se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifiquenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 4:

*Lo que usted paga por
sus medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted recibe ayuda de algún programa para pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina *Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula Adicional de LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Consulte este capítulo junto con otros materiales que le brindan información sobre su cobertura de medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se centra en lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo utilizamos la palabra *medicamento* para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos se consideran medicamentos de la Parte D: algunos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde puede hacer surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas normas. Si usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que aparece se muestra en “tiempo real”; esto significa que el costo que muestra la herramienta refleja los costos de bolsillo que se espera que usted pague en ese preciso momento. También puede obtener la información brindada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al Cliente.

Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Hay diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina *costo compartido* y podemos pedirle el pago de tres formas diferentes.

- El **deducible** representa la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la porción que le corresponde.
- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que hace surtir una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y se hayan respetado las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Brecha de Cobertura
- Todos los pagos que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si **otras personas u organizaciones determinadas** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos que hayan realizado un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare.
- Se incluyen en sus costos de bolsillo algunos de los pagos que realiza el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted o quienes realicen pagos en su nombre hayan gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no estén incluidos en la Parte D; entre ellos, medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realice por medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que el plan realice por sus medicamentos genéricos o de marca mientras esté en la Brecha de Cobertura.
- Pagos que los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud ofrecidos por empleadores, realicen por sus medicamentos.
- Pagos que determinados planes de seguros y programas de salud patrocinados por el Gobierno (como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs]) realicen por sus medicamentos.
- Pagos que un tercero con obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados realice por sus medicamentos (por ejemplo, en caso de una indemnización por accidentes laborales).

Para recordar: Si cualquier otra organización como las mencionadas más arriba paga una parte o la totalidad de los costos de bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus costos de bolsillo?

- Nosotros lo ayudaremos. En el informe de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D que usted recibe, se incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$8,000, en este informe se le indicará que ha pasado de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2, encontrará información acerca de lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Rx Plus?
--

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield Rx Plus. La cantidad que usted pague dependerá de la etapa en la que esté al momento de hacer surtir una receta o de pedir una repetición. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. En las Secciones 4 a 7 de este capítulo encontrará detalles de cada etapa. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Brecha de Cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura para Catástrofes

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (también llamada “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado al hacer surtir sus recetas o al pedir una repetición en la farmacia. De esta manera, podemos determinar el momento en que usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos tipos de costos en particular:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto es lo que se denomina su **costo de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales por medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga como gastos de bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Si usted ha hecho surtir una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **La información de ese mes.** Este informe le brinda los detalles de pago sobre las recetas que haya hecho surtir durante el mes anterior. Le muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales desde el 1 de enero hasta lo que va del año.** Esto se denomina información *anual hasta la fecha*. Le muestra los costos totales por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio a partir del primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menor costo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada reclamación relacionada con medicamentos recetados.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos
--------------------	---

Para llevar el registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que haga surtir una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que estemos al tanto de las recetas que hace surtir y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. A continuación, incluimos ejemplos de situaciones en las que debe brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cada vez que compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando haya realizado un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
 - Todas las veces que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra porción del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo pedirlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas u organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), por

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y por la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus costos de bolsillo. Conserve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que falta algo o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas la vacuna contra el herpes zóster, la vacuna contra el tétanos y las vacunas para viajes. Usted deberá pagar un deducible anual de \$545 por los medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan. En el caso de todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Cuando haya pagado \$545 por sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5, pasará de la Etapa de Deducible a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (la cantidad del copago o coseguro que le corresponde a usted). Su porción del costo variará según el medicamento y el lugar donde haga surtir su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo de costo compartido)
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
Incluye medicamentos genéricos y biosimilares.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
Incluye medicamentos de marca, biosimilares y medicamentos genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido estándar.
- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido preferido. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en determinadas situaciones. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para saber cuándo cubriremos una receta que se haya surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de servicio por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo hacer surtir sus recetas, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Cuadro que indica sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su porción del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Como se indica en el cuadro a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su porción del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertos casos; consulte los detalles en el Capítulo 3). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$1 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 1.	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$14 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 2.	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$47 de copago	\$45 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 3.	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	\$35 de copago	\$35 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 3.	\$35 de copago	\$35 de copago

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertos casos; consulte los detalles en el Capítulo 3). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	50 % de coseguro	47 % de coseguro	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 4.	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	\$35 de copago	\$35 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 4.	\$35 de copago	\$35 de copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

*Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la “Lista de Medicamentos”. El costo compartido solo se aplica en el caso de los beneficiarios que no cumplen con los requisitos de un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Complementaria”).

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si usted no pagó su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no sea necesario que pague el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, algunas veces, usted o su médico deseen obtener un

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento para un plazo menor de un mes completo (por ejemplo, cuando sea la primera vez que prueba un determinado medicamento). También puede pedir a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, un suministro de medicamentos para menos de un mes, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de las diferentes recetas.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes, no tendrá que pagar el costo del suministro para el mes completo.

- Si debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento, y no por el mes completo. La cantidad que deba pagar se calculará por día de medicamento (la *proporción de costo compartido por día*) y se multiplicará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento.

Sección 5.4	Cuadro que indica sus costos por un suministro a largo plazo (para hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

El cuadro a continuación indica lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su porción del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$27 de copago	\$2 de copago	\$2 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$60 de copago	\$28 de copago	\$28 de copago

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$141 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	\$105 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	50 % de coseguro	47 % de coseguro	47 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.

*Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la “Lista de Medicamentos”. El costo compartido solo se aplica en el caso de los beneficiarios que no cumplen con los requisitos de un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Complementaria”).

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses, o \$90 o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si usted no pagó su deducible.

Sección 5.5	Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen \$5,030
--------------------	--

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos recetados que haya hecho surtir alcance el **límite de \$5,030 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que usted recibe le permitirá llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Si alcanza dicha cantidad, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 para conocer cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos durante la Etapa de Brecha de Cobertura

En el caso del Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas) y del Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas): Usted paga el copago que se indica en los cuadros incluidos más arriba, en las Secciones 5.2 y 5.4.

Para todos los demás niveles de costo compartido: Cuando usted está en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare brinda descuentos otorgados por los fabricantes en medicamentos de marca. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25 % del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y le permiten acercarse más al final de la brecha de cobertura.

Usted también recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo por medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solo cuenta la cantidad que usted paga; dicha cantidad le permite acercarse más al final de la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha definido. Una vez que alcance el monto de \$8,000, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo (consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4).

Los requisitos relacionados con los coseguros de la Etapa de Brecha de Cobertura no se aplican a las insulinas cubiertas de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas la vacuna contra el herpes zóster, la vacuna contra el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y sus costos compartidos.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos

Usted ingresará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están incluidas en la “Lista de Medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la “Lista de Medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto se denomina “aplicación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres aspectos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización).

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, que no tienen ningún costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna puede ser despachada por una farmacia o suministrada por un consultorio médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. Otra opción es que un proveedor se la aplique en un consultorio médico.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- En algunos casos, cuando reciba una vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna propiamente dicha como de su aplicación por parte del proveedor. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse la porción del costo correspondiente al plan. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que le reembolsarán el costo total que pagó.
- En otros casos, cuando reciba una vacuna, pagará solamente su porción del costo según su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada.

A continuación se incluyen tres ejemplos que muestran maneras en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y su aplicación por parte del proveedor.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida su aplicación), y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada por la vacuna.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar la totalidad del costo de este servicio.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la aplicación de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 5:

*Cómo pedirnos que paguemos
nuestra porción de los costos de
medicamentos cubiertos*

Capítulo 5 Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Casos en los cuales usted debería pedirnos que paguemos nuestra porción del costo de sus medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan, o que un proveedor le envíe una factura. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto generalmente se denomina *pedir un reembolso*). Es posible que deba cumplir con fechas límite para obtener la devolución. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de casos en los cuales es posible que usted tenga que pedirle a nuestro plan que le reembolse cierta cantidad. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura. (Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para hacer surtir una receta

Si usted acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si eso pasa, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra porción del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener una explicación de estas circunstancias.

2. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que consulte la información sobre su inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener esa información que necesita inmediatamente, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra porción del costo.

3. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otros casos

Es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque dicho medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la “Lista de Medicamentos” del plan o que esté sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no correspondería en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.

Capítulo 5 Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos la cantidad correspondiente. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra porción del costo.

4. Si se inscribe en nuestro plan de manera retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si usted fue inscrito de manera retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos el reembolso de nuestra porción de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente para que podamos encargarnos del reembolso.

Llame a Servicio al Cliente a fin de obtener información adicional sobre cómo pedirnos el reembolso y para saber cuánto tiempo tiene para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su recibo como documentación del pago que realizó. Le recomendamos que conserve una copia de sus recibos para sus registros. **Para presentarnos su reclamación, tiene tres años** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos a fin de tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- Si bien no es necesario que use el formulario, su uso nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) o llamar a Servicio al Cliente y pedir el formulario.

Envíenos por correo postal su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Capítulo 5 Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa

Sección 3.1	Analizamos la información para determinar si debemos cubrir el medicamento y cuánto dinero debemos
--------------------	---

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde alguna otra información. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que el medicamento está cubierto y usted respetó todas las normas, pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra porción del costo. Enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las cuales no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	--

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de presentación de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si desea obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil y se ajuste a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y de que todas las personas inscritas puedan obtener acceso a estos servicios, incluidas aquellas que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o problemas de audición, o aquellas de distinto origen cultural y étnico. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, los servicios de traducción e interpretación y la conexión por teletipo, o teléfono de teletipo o de texto (TTY, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan cuenta con servicios gratis de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablen inglés. Además, podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo sin costo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted. Para que le brindemos información de una manera que a usted le sea útil, comuníquese con Servicio al Cliente.

Si tiene alguna dificultad para obtener información acerca de nuestro plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted, comuníquese con nosotros para presentar un reclamo:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repeticiones en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras excesivas. Si considera que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 7 le explica qué puede hacer para resolverlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar la privacidad de la información protegida sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de la información protegida sobre su salud. Nosotros garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud como lo exigen dichas leyes.

- La información protegida sobre su salud incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, como también sus historias clínicas y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con cómo obtener información y controlar la forma en que se utiliza la información sobre su salud. Le entregamos un aviso escrito denominado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le brinda información sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿De qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni altere sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se mencionan a continuación, si planeamos compartir la información sobre su salud con alguna persona que no esté a cargo de brindarle atención ni de pagar por ella, *tenemos la obligación de pedirle antes su permiso por escrito, o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para que tome decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones en las que no es necesario que obtengamos antes su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Tenemos la obligación de compartir información sobre la salud con los organismos gubernamentales que realicen inspecciones sobre la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de compartir con Medicare la información sobre su salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información por cuestiones de investigación o por otros motivos, tal divulgación se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que permite identificarlo personalmente.

Usted puede revisar la información de su historia clínica e informarse acerca de la manera en que se ha compartido con terceros

Tiene derecho a revisar la historia clínica que el plan conserva sobre usted y a obtener una copia de dicha historia clínica. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias de esta información. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información a su historia clínica o que hagamos correcciones. Si nos lo pide, trabajaremos junto con su proveedor de atención de la salud para decidir si los cambios son apropiados.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a informarse acerca de la manera en que se ha compartido la información sobre su salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con la privacidad de la información protegida sobre su salud, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro compromiso es garantizar siempre la privacidad de la información protegida sobre su salud. En nuestro “Aviso de Prácticas de Privacidad”, se describen sus derechos de privacidad como miembro, así como la manera en que garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud. Para obtener una copia de nuestro aviso sobre la privacidad, usted puede:

1. Visitar blueshieldca.com, hacer clic en el enlace “Privacy” (Privacidad), en la parte inferior de la página de inicio, e imprimir una copia.
2. Llamar al número de teléfono de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield para pedir una copia.
3. Llamar gratis a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al número (888) 266-8080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.
4. Escribirnos por correo electrónico a privacy@blueshieldca.com.

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Blue Shield Rx Plus, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener alguno de los tipos de información que se describen a continuación, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información acerca de las farmacias de la red.** Tiene derecho a recibir información sobre las cualificaciones de las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a estas.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio o medicamento no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 brinda información sobre cómo puede pedir una explicación por escrito para averiguar por qué un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. Además, el Capítulo 7 brinda

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

información sobre cómo puede pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué debe hacerse si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sus propios medios

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones por sí mismas sobre su propia atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que pase si está en dicha situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que, en algún momento, usted no pueda hacerlo por sus propios medios.
- **Otorgar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que ellos administren su atención médica en caso de que usted ya no pueda tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede emplear para asentar anticipadamente sus instrucciones en dichas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas, que reciben diferentes nombres. Los documentos denominados **testamento en vida** y **poder notarial para atención de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

A continuación, le explicamos qué debe hacer si desea usar un formulario de *directivas anticipadas* para dar sus instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado o un trabajador social, u obtenerlo en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, los formularios de directivas anticipadas pueden obtenerse en las organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Complételo y firmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Le recomendamos prepararlo con la ayuda de un abogado.
- **Entréguele copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar las decisiones por usted cuando ya no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos o familiares cercanos. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.**

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo trae con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted es quien decide completar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmarlo cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones que allí se estipulan, puede presentar una queja ante Livanta. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos una decisión que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le explica qué puede hacer para resolverlo. Más allá de lo que haga, ya sea que pida una decisión de cobertura, que presente una apelación o que presente una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato imparcial.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

Si es un problema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o bien puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Es otro tipo de problema?

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* es un problema de discriminación, puede obtener ayuda para tratar de solucionar su problema.

- Puede comunicarse con **Servicio al Cliente**.
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte los detalles en la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- O bien **puede comunicarse con Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo puede obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede comunicarse con **Servicio al Cliente**.
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte los detalles en la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare* (Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

- **Conozca en detalle sus medicamentos cubiertos y las normas que debe respetar para obtener estos medicamentos cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para informarse sobre lo que está cubierto y las normas que debe respetar para obtener sus medicamentos cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con cualquier otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le explica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Dígalos a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- **Contribuya a que sus médicos y otros proveedores lo ayuden brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo con su atención.**

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden la mejor atención, cuénteles sobre sus problemas de salud. Respete los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico hayan acordado seguir.
- Asegúrese de que sus médicos tengan conocimiento de todos los medicamentos que usted esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y recibir una explicación que usted pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar sus primas del plan.
Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su porción del costo cuando obtiene el medicamento.
 - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro del plan.
 - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que le avise al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 7:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas “reclamos”.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos respetar.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y le indicará lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?
--

En este capítulo, se explican términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite mencionados. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos, que pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se prefiere usar “presentación de una queja” en lugar de “presentación de un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de en riesgo”; y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Organismo de Revisión Independiente”.
- También se intenta evitar el uso de abreviaturas en la mayor medida posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibió de nuestra parte, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, usted siempre debe contactarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunos casos, es

**Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté unido a nosotros. A continuación se mencionan dos organismos que pueden brindarle ayuda.

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está unido a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que se relacionen con su situación. La guía que se brinda a continuación le resultará de ayuda.

**Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o con su cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si los medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 4: Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Pase directamente a la **Sección 7** de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--

Mediante las decisiones de cobertura y las apelaciones, se intenta solucionar problemas relacionados con sus beneficios y con su cobertura de medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como determinar si un medicamento está cubierto o no y qué tipo de cobertura tiene.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Tomamos decisiones de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que un medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se rechazará una solicitud si está

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o bien si usted mismo pide que la cancelen. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y de qué manera se puede pedir que lo revisen.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que trataremos más adelante, usted puede pedir una *apelación rápida* o urgente de una decisión de cobertura. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con las normas de manera adecuada. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se rechazará una solicitud si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o bien si usted mismo pide que la cancelen. Si rechazamos la solicitud de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y de qué manera se puede pedir que lo revisen.

Si no rechazamos su caso, pero rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una Organización de Revisión Independiente que no está unida a nosotros. En el caso de las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, usted deberá pedir una apelación de Nivel 2. Las apelaciones correspondientes a la Parte D se analizan más detenidamente en la Sección 5 de este capítulo. Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir el proceso a través de niveles de apelación adicionales (la Sección 6 de este capítulo explica los procesos de apelación en los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o cuando presenta una apelación
--------------------	---

A continuación, se indican algunos recursos en caso de que decida pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con Servicio al Cliente.**
- Usted **puede obtener ayuda sin costo** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden realizar una solicitud en su nombre.** En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que extiende recetas pueden pedir una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que su representante sea un amigo, un pariente u otra persona, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario *Designación de un representante* (Appointment of Representative). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf] o en nuestro sitio web blueshieldca.com/apptofrep). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el transcurso de 44 días después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto pasa, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su localidad o en otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales sin costo si cumple con los requisitos exigidos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1	Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe ser utilizado según una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Si desea obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 3 y 4.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Esta sección trata exclusivamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez que se lo menciona. También usamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. En el caso de algunos medicamentos, deberá obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse según lo que se indica por escrito, esta le enviará un aviso por escrito con información sobre cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le brinda información acerca de lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Pide cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Debe pedir una excepción. Sección 5.2.**
- Pide que no se aplique una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Debe pedir una excepción. Sección 5.2.**
- Pide que se pague una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto de un nivel más alto de costo compartido. **Debe pedir una excepción. Sección 5.2.**
- Pide la aprobación previa para un medicamento. **Debe pedir una decisión de cobertura. Sección 5.4.**
- Pide que se pague un medicamento recetado que ya compró. **Debe pedirnos un reembolso del costo. Sección 5.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.

**Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Esta sección le explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

Pedir la cobertura de un medicamento que no está incluido en la “Lista de Medicamentos” se denomina pedir una **excepción del formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina pedir una **excepción del formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina pedir una **excepción del nivel de medicamento**.

Si algún medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción. A continuación, se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

- 1. Que le cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra “Lista de Medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de Medicamentos”, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: medicamentos no preferidos. No puede pedir que hagamos una excepción en relación con la cantidad de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
- 2. Que quitemos una restricción sobre un medicamento cubierto.** El Capítulo 3 describe las normas o restricciones adicionales que afectan a determinados medicamentos incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad del copago o del coseguro que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se clasifica en alguno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la porción del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.
 - Si nuestra “Lista de Medicamentos” contiene medicamentos alternativos para tratar su problema de salud que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento a una cantidad menor de costo compartido. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema de salud.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) ni del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud para aplicar una excepción relacionada con el nivel de medicamento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 5.3	Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las cuales se pide una excepción. Para obtener una decisión más rápida, al pedir la excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

Generalmente, nuestra “Lista de Medicamentos” incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema de salud particular. A estas diferentes posibilidades se las denomina medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo sería igualmente eficaz que el medicamento que pide y no provocaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le surta el mismo efecto, o a menos que exista la posibilidad de que estos le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su problema de salud.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Términos legales

Una <i>decisión de cobertura rápida</i> se denomina determinación de cobertura urgente .

Paso 1: Debe decidir si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de haber recibido el certificado de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de haber recibido el certificado de su médico.

Si su salud así lo requiere, pídanos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen lo que pagó por un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.
- **Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico o del profesional que extiende recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Informe que usaremos las fechas límite estándar.
 - Informe que, si su médico u otro profesional que extiende recetas piden la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - Informe que puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted pidió. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a haberla recibido.

Paso 2: Debe pedir una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Como primera medida, comuníquese con nuestro plan por teléfono, por escrito o por fax a fin de presentar su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura del medicamento recetado que usted desea. También puede obtener acceso al proceso de solicitud de decisiones de

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes presentadas con el *Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 incluye información de contacto. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. También puede presentar una apelación mediante nuestro sitio web. Para ello, ingrese en blueshieldca.com/medappeals. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que permita identificar cuál reclamación rechazada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que extienda recetas) o su representante pueden presentar la solicitud. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si pide una excepción, brinde el certificado de respaldo**, que son las razones médicas por las que se pide la excepción. Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos este certificado por fax o por correo postal. Como alternativa, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar un certificado escrito por fax o por correo postal, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un plazo de **24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud.** También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud.** También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de medicamentos que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.
Una <i>apelación rápida</i> también se denomina redeterminación urgente .

Paso 1: Debe decidir si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar normalmente se presenta en un plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de 72 horas. Si su salud así lo requiere, pida una apelación rápida.

- Si su apelación es por una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas deberán decidir si necesita una *apelación rápida*.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que se necesitan para obtener una *decisión de cobertura rápida*, y están descritos en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (888) 239-6469 (TTY: 711).** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos con el procesamiento de su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- También puede presentar una apelación mediante nuestro sitio web. Para ello, ingrese en **blueshieldca.com/medappeals**.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada al presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Al evaluar su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que extienda recetas para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. La Sección 5.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión más rápido si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. La Sección 5.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, debemos brindar la cobertura con la rapidez que su salud exija, pero a más tardar en un plazo de **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal que recibe la *Organización de Revisión Independiente* es **Organismo de Revisión Independiente**. A veces, se lo denomina **IRE**, por sus siglas en inglés.

La **Organización de Revisión Independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está unida a nosotros ni es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su desempeño.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe respetar y cómo puede comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación al IRE.
- Enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud así lo requiere, pida una *apelación rápida* a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización acepta concederle una *apelación rápida*, la organización deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que todavía no ha recibido. Si está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le comunica su respuesta.

En el caso de apelaciones rápidas:

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted pidió**, nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

En el caso de apelaciones estándar:

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró**, tenemos la obligación de enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización de revisión rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que la organización coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud).

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Esto se denomina *mantener la decisión* o *rechazar su apelación*). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta:

- en la que explicará su decisión;
- en la que le avisará que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está pidiendo alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva;
- en la que se le informará el valor en dólares que debe estar en conflicto para poder seguir con el proceso de presentación de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 6 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes

Sección 6.1 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D
--

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza un determinado valor mínimo en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3: Un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y determinará si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 7 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 7.1 **¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas?**

El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Se incluyen aquí algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de presentación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien se ha comportado de manera grosera o irrespetuosa hacia usted?• ¿Está insatisfecho con Servicio al Cliente?• ¿Siente que lo están impulsando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Ha tenido que esperar demasiado a farmacéuticos o al personal de Servicio al Cliente u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono o en la sala de espera, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna farmacia?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le hemos dado algún aviso que tenemos la obligación de darle?• ¿La información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Cumplimiento de los plazos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el <i>cumplimiento de los plazos establecidos</i> para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si usted ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le hemos respondido que no, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a la cobertura o el reembolso de ciertos medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite establecidas para enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente, puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también recibe el nombre de **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de presentación de quejas** también se conoce como **utilizar el proceso de presentación de un reclamo**.
- Una **queja rápida** también recibe el nombre de **reclamo urgente**.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Usted se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente. Si debe hacer algo más, el personal de Servicio al Cliente se lo informará.

Si no desea llamarnos (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos una queja por escrito. Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.

- Paso 1: Presentación de un reclamo

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para empezar el proceso, llame a un representante de Servicio al Cliente en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y pida presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por escrito en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y enviarlo a:

Blue Shield Rx Plus
Appeals & Grievances
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856.
FAX: (916) 350-6510

Si desea comunicarse con nosotros por fax o por correo postal, llámenos para pedirnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield Rx Plus**.

En un plazo de 5 días calendario después de haber recibido el aviso sobre su inquietud, le enviaremos una carta para informarle la recepción y le brindaremos el nombre de la persona encargada de su caso. Por lo general, lo resolveremos en el transcurso de 30 días calendario.

Si pide un *reclamo urgente* porque decidimos no otorgarle una *decisión rápida* o una *apelación rápida*, o bien porque pedimos una extensión para nuestra decisión inicial o apelación rápida, enviaremos su solicitud a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si cuenta con información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted pidió una *decisión inicial rápida* o una *apelación rápida*.

El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue apropiada. Le haremos llegar una carta con nuestra decisión en el transcurso de las 24 horas siguientes a su solicitud de *reclamo urgente*.

Debemos ocuparnos de su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero no podremos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted lo pide o si nosotros justificamos la necesidad de contar con información adicional y la demora lo beneficia.

- Paso 2: Audiencia por el reclamo

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo relacionado con un problema en la calidad de la atención, puede enviar por escrito una solicitud de audiencia por el reclamo al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield Medicare. En un plazo de 31 días calendario después de haber recibido su solicitud por escrito, convocaremos una junta para que trate su caso. Usted podrá asistir a la audiencia, en la que participarán un médico imparcial y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá presenciar la audiencia en

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

persona o mediante una teleconferencia. Después de la audiencia, le haremos llegar una carta con la resolución final.

- Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, que no incluye un problema relacionado con la calidad de la atención, como el tiempo de espera, la falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus para pedir una revisión adicional.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** después de ocurrido el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Consideramos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en el transcurso de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, automáticamente le concederemos una *queja rápida*.** Si tiene una *queja rápida*, significa que le comunicaremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presentó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
--------------------	---

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante nuestro plan y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad al mismo tiempo.**

**Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Sección 7.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cómo terminar su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en el plan

La terminación de su membresía en Blue Shield Rx Plus puede ser **voluntaria** (cuando es su decisión) o **involuntaria** (cuando no es su decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre la terminación voluntaria de la membresía.
- También hay una cantidad limitada de situaciones en las que nos vemos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le brinda información sobre situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si tiene pensado dejar nuestro plan, debemos seguir brindándole medicamentos recetados y usted deberá seguir pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	--

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como *Período de Inscripción Abierta Anual*). Durante este momento, revise su cobertura de salud y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- Usted elige entre mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el año próximo. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.
 - *O bien* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (beneficios hospitalarios) y de la Parte B (beneficios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Capítulo 8 Cómo terminar su membresía en el plan

Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Blue Shield Rx Plus cuando empiece la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en dicho plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea permanecer en nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.2	En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Shield Rx Plus pueden reunir los requisitos necesarios para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce con el nombre de **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si está en alguna de las siguientes situaciones. A continuación, se indican solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

- Si se mudó del área de servicio de su plan.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si actualmente recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 le brinda más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según la situación en la que esté.

Capítulo 8 Cómo terminar su membresía en el plan

Para averiguar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a un Período de Inscripción Especial, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos necesarios para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede elegir:

- Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.

- *O bien* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (beneficios hospitalarios) y de la Parte B (beneficios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en dicho plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea permanecer en nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta sobre la terminación de su membresía:

- **Puede llamar a Servicio al Cliente.**
- Puede encontrar información en el folleto *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?

El cuadro a continuación le explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Un plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare, <i>o bien</i> pedir la cancelación de la inscripción. Para pedir la cancelación de la inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente, o bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para pedir la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando la(s) farmacias/farmacia de servicio por correo de nuestra red para hacer surtir sus recetas.**

SECCIÓN 5 Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos dar por terminada su membresía en el plan?

Blue Shield Rx Plus debe dar por terminada su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o se va de viaje por un largo tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que va a mudarse o al que va a viajar está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (es decir, si va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está en el país de manera legal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que le brinden cobertura de medicamentos recetados.
- Si al momento de su inscripción en nuestro plan brinda deliberadamente información incorrecta y tal información afecta su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y dificulta nuestra capacidad de brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).

Capítulo 8 Cómo terminar su membresía en el plan

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía con el fin de obtener medicamentos recetados. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare derive su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si no paga las primas del plan durante 3 meses calendario.
 - Debemos avisarle por escrito que dispone de 3 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

Blue Shield Rx Plus no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si, aun así, lo hacemos?

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de dar por terminada su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley más importante que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), así como los reglamentos creados según dicha ley por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Asimismo, hay otras leyes federales que pueden aplicarse y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive también pueden ser pertinentes. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, identidad de género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrezcan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley contra la Discriminación por Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades), la Sección 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Económica), todas las demás leyes pertinentes a las organizaciones que obtienen fondos federales y todas las leyes y normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las reglamentaciones del CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales), Blue Shield Rx Plus, como patrocinador de planes de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de indemnización que ejerce el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al amparo

Capítulo 9 Avisos legales

de las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Administración de la *Evidencia de Cobertura*

Es posible que adoptemos políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Colaboración del miembro

Usted debe completar cualquier solicitud, formulario, declaración, descargo, autorización, formulario de derecho de retención y cualquier otro tipo de documento que pidamos durante el curso normal de las actividades comerciales o según se especifique en esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Cesión

Usted no puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por deudas monetarias, beneficios u obligaciones descritos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador

No le pagaremos a un empleador por ningún servicio que el empleador deba brindar por ley y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al empleador el valor del servicio en cuestión.

SECCIÓN 8 Responsabilidad de los organismos gubernamentales

No le pagaremos a ningún organismo gubernamental un servicio que, por ley, únicamente dicho organismo deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al organismo gubernamental el valor del servicio en cuestión.

SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

No le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) ningún servicio para problemas de salud que, por ley, el Departamento de Asuntos de Veteranos deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al Departamento de Asuntos de Veteranos el valor del servicio en cuestión.

SECCIÓN 10 Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador

Usted puede reunir los requisitos necesarios para recibir pagos u otros beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador (aviso relacionado con la ley de responsabilidad civil de terceros). Brindaremos medicamentos cubiertos por la Parte D aunque no sepamos si tiene derecho a recibirlos, pero es posible que reclamemos el valor de los Servicios Cubiertos a las siguientes entidades:

1. Cualquier entidad que brinde beneficios o que adeude un beneficio.
2. Usted, en la medida en que un beneficio sea brindado, deba pagarse o se hubiera exigido que se brinde o se pague si usted hubiera pedido con diligencia establecer sus derechos a los beneficios en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes laborales o de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 11 Restitución de un pago en exceso

Podemos reclamar la restitución de todos los pagos en exceso que hagamos por los servicios a cualquier persona o entidad que reciba dichos pagos en exceso o a cualquier persona u organización que se vea obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros

Si usted sufre una lesión o se enferma debido al acto o la omisión de otra persona (un *tercero*), Blue Shield debe, con respecto a los servicios que se requieran como resultado de esa lesión, brindar los beneficios del plan y contar con un derecho equitativo a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible para recuperar las cantidades que Blue Shield pagó por los Servicios que se le brindaron a usted mediante la deducción de cualquier indemnización (se define a continuación) obtenida por usted o en su nombre, otorgada por el tercero responsable de la lesión o enfermedad o en nombre de él, o por parte de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.

Este derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se deduce de cualquier indemnización que usted reciba a raíz de la lesión o enfermedad, incluida cualquier cantidad otorgada o recibida mediante juicio legal, laudo arbitral, acuerdo legal o cualquier otro arreglo, por parte de cualquier tercero o asegurador del tercero, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente, en relación con la enfermedad o lesión (la *Indemnización*), sin tener en cuenta si usted ha sido compensado satisfactoriamente mediante la Indemnización. El derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se circunscribe a esa porción de la Indemnización total que corresponde por los Beneficios pagados en relación con dicha lesión o enfermedad, calculados de acuerdo con el aviso de no discriminación de la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California).

Capítulo 9 Avisos legales

Usted tiene la obligación de:

1. Avisar por escrito a Blue Shield sobre cualquier reclamación o acción legal, real o potencial, que usted tenga pensado iniciar o haya iniciado contra el tercero a raíz de los presuntos actos u omisiones que provocaron su lesión o enfermedad, en un plazo máximo de 30 días después de haber enviado o presentado una reclamación o acción legal contra el tercero.
2. Aceptar colaborar plenamente y cumplir con todas las formalidades de cualquier formulario o documentación que se requiera para hacer cumplir este derecho a la restitución, al reembolso o a otras soluciones que estén disponibles.
3. Acordar por escrito reembolsar a Blue Shield por los beneficios pagados por Blue Shield mediante la deducción de cualquier Indemnización cuando dicha Indemnización se obtenga de un tercero, o en nombre de él, o de su asegurador, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.
4. Brindar un derecho de retención calculado en conformidad con la Sección 3040 del California Civil Code. El derecho de retención puede ser presentado ante el tercero, el representante o el abogado del tercero o ante el tribunal, a menos que la ley lo prohíba.
5. Responder periódicamente a pedidos de información que tengan que ver con la reclamación al tercero y avisar por escrito a Blue Shield en el transcurso de los 10 días siguientes a la obtención de cualquier Indemnización.

El incumplimiento de las cinco normas descritas anteriormente no obrará de ninguna manera como renuncia, liberación ni abandono de los derechos de Blue Shield.

SECCIÓN 13 Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud

Blue Shield participa en el sistema de intercambio de información sobre la salud (HIE, por sus siglas en inglés) de **Manifest MedEx**, ya que pone a disposición de Manifest MedEx la información sobre la salud de sus miembros para que los proveedores de atención de la salud autorizados puedan tener acceso a ella. Manifest MedEx es una organización independiente sin fines de lucro, que mantiene una base de datos de las historias clínicas electrónicas de los pacientes en todo el estado. Esta base de datos incluye información sobre la salud que aportan los médicos, los centros de atención de la salud, los planes de servicios de atención de la salud y las compañías de seguros de salud. Los proveedores de atención de la salud autorizados (que incluyen médicos, profesionales de enfermería y hospitales) pueden tener acceso seguro a la información sobre la salud de sus pacientes a través del HIE de Manifest MedEx como apoyo para brindar atención segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho a la privacidad que tienen los miembros y cumple con las leyes de privacidad estatales y federales vigentes. Manifest MedEx utiliza sistemas de seguridad

Capítulo 9 Avisos legales

de avanzada y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Todos los miembros de Blue Shield tienen derecho a indicar a Manifest MedEx que no comparta su información sobre la salud con sus proveedores de atención de la salud. Si bien el hecho de optar por no participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor para tener acceso rápido a información importante relacionada con la atención de su salud, su seguro de salud o la cobertura de beneficios de su plan de salud no se verán afectados por su elección de no participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx se negará a brindar atención médica a un paciente que decida no participar en el HIE de Manifest MedEx.

Los miembros que no deseen que su información de atención de la salud aparezca en Manifest MedEx deberán completar un formulario por Internet, disponible en <https://www.manifestmedex.org/opt-out>, o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar del Pacífico). Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse mediante TTY al 711.

SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es fraude, desperdicio y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)?

- El **fraude** es una falsedad intencionada que puede derivar en costos no autorizados para un programa de atención de la salud.
- El **desperdicio** es el uso inapropiado de los fondos o recursos de atención de la salud sin una necesidad justificada para hacerlo.
- El **abuso** es una práctica inconsistente con las buenas prácticas médicas o comerciales que puede derivar, directa o indirectamente, en costos innecesarios para un programa de atención de la salud.

Protéjase a usted mismo y a sus beneficios

- Nunca le brinde a un desconocido su número de Seguro Social, Medicare o plan de salud, ni su información bancaria.
- No brinde su consentimiento para ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico.
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

Esté atento a las pruebas genéticas fraudulentas

Los estafadores abordan a las personas inscritas que son muy confiadas en las ferias de salud locales, los hogares de ancianos, los centros comunitarios, las agencias de salud en el hogar y otros lugares de confianza para realizar pruebas genéticas fraudulentas. Prometen con falsedad que Medicare pagará por la prueba, y usted simplemente debe realizarse un hisopado bucal y brindar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Capítulo 9 Avisos legales

Desafortunadamente, estos estafadores ahora tienen su número de Medicare o plan de salud, y pueden facturarle a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibe. También tienen su información genética personal.

Para denunciar un posible fraude, desperdicio y abuso, comuníquese con:

- La línea directa para denunciar fraudes de Medicare de Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711), o por correo electrónico a MedicareStopFraud@blueshieldca.com.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, cualquier día de la semana (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

CAPÍTULO 10:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Apelación: Acción que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o una solicitud de pago por medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: Área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos recetados en particular. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda Complementaria: Programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar: Un medicamento recetado que se considera muy similar al producto biológico original, aunque no es idéntico. Por lo general, los biosimilares surten el mismo efecto que los productos biológicos originales, y son igual de seguros; sin embargo, para que los biosimilares reemplacen al producto biológico original, generalmente se requiere una nueva receta. Los biosimilares intercambiables cumplen con requisitos adicionales, lo que les permite reemplazar al producto biológico original en las farmacias sin la necesidad de presentar una nueva receta, según lo establecen las leyes estatales.

Cancelar la inscripción o cancelación: Proceso de terminación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no deben pagar una prima mayor.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Organismo federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o una unión) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando reúnen los requisitos necesarios para obtener Medicare, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para colaborar con el pago de medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren ni la Parte A ni la Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Copago: Cantidad que posiblemente deba pagar como su porción del costo por un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Cantidad que posiblemente deba pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su porción del costo por medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda.

Costo compartido estándar: Costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: Costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando obtiene medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir medicamentos; (2) cualquier cantidad de *copago* fijo que un plan exija cuando se obtiene un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de *coseguro* (un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento) que un plan exija cuando se obtiene un medicamento específico.

Costos de bolsillo: Consulte la definición de *costo compartido* más arriba. El requisito de costo compartido del miembro es la porción que el miembro tiene que pagar por los medicamentos recibidos. También se denomina requisito de costo de *bolsillo* del miembro.

Deducible: Cantidad que usted debe pagar por los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y, cuando corresponda, determinación de la cantidad que debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le comunica que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan *decisiones de cobertura*.

Emergencia: Una emergencia médica se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Etapa de Cobertura Inicial: Etapa anterior a que sus costos totales por medicamentos, incluidas las cantidades que haya pagado usted y que haya pagado su plan en su nombre durante el año, hayan alcanzado \$5,030.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza después de que usted o terceros autorizados en su nombre hayan gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y revelación de información:

Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales u otras coberturas opcionales seleccionadas, describe su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción del nivel de medicamento). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted pide, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que pide (una excepción del formulario).

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, actualizada, clínicamente apropiada y específicamente orientada a los inscritos sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye cantidades de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para el mismo problema de salud en reemplazo de cierto medicamento, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: Uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: Límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Límites en las cantidades: Herramienta de administración que tiene como objetivo limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o sobre un período determinado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): Lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención de la salud están cubiertos si usted cumple con los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento de marca: Medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento genérico: Medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento *genérico* tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos para que no estuvieran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (*Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio*): Quien ofrece Medicare Original es el Gobierno, no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos a través del pago de cantidades, establecidas por el Congreso, que se realiza a médicos, hospitales y demás proveedores de atención de la salud. Puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la porción que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original se divide en dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Además, está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare, que reúne los requisitos necesarios para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si sigue sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período de 63 días seguidos o más luego de reúna por primera vez los requisitos necesarios para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: Consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de Inscripción Anual: El período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o sus planes de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de Inscripción Especial: Período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Usted puede reunir los requisitos necesarios para obtener acceso al Período de Inscripción Especial si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Complementaria” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial: Período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando reúne por primera vez los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare. Si usted reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, que incluye el mes de su cumpleaños y que termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: Plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP), de acuerdo con un contrato de reembolso de costos, en conformidad con la Sección 1876(h) de la ley.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Plan de salud de Medicare: Se ofrece por medio de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto o de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) (a veces denominado “Parte C de Medicare”): Plan ofrecido por una compañía privada que firma un contrato con Medicare para brindar todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un plan PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuentas de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina atención médica, servicios sociales, y apoyo y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas en estado delicado, a fin de ayudarlas a valerse por sí mismas y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las **brechas** de Medicare Original. Las pólizas de Medigap sirven solo para Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: Un medicamento recetado que se elabora con recursos naturales y vivos, como células animales, células vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se llaman “biosimilares”. Por lo general, los biosimilares surten el mismo efecto que los productos biológicos originales, y son igual de seguros.

Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare: Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha de Cobertura y que aún no reciban “Ayuda Complementaria”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Capítulo 10 Definiciones de términos importantes

Proporción de costo compartido por día: Es posible que se aplique una *proporción de costo compartido por día* si su médico le receta un determinado medicamento para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La proporción de costo compartido por día representa el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual de un medicamento. Analice este ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes según su plan abarca 30 días, entonces su *proporción de costo compartido por día* será de \$1 por día.

Queja: El nombre formal de *presentación de una queja* es *presentación de un reclamo*. El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También abarca las quejas que se hacen cuando su plan no cumple con los plazos del proceso de presentación de apelaciones.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta en contra de nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Esto no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos.

Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como atención de la vista, dental o de la audición, que un plan Medicare Advantage podría ofrecer.

Subsidios para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte la definición de “Ayuda Complementaria”.

Tarifa por prescripción: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto a fin de pagar el costo que representa surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y embalar el medicamento recetado.

Tratamiento escalonado: Herramienta de uso que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus

Modo de contacto	Información de contacto de Servicio al Cliente
TEL.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Servicio al Cliente también cuenta con servicios de interpretación sin costo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	blueshieldca.com/medicare

HICAP (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento sin costo sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Modo de contacto	Información de contacto
TEL.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Declaración de revelación de información de la PRA: Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, nadie tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta cuente con un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, comuníquese por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.